Rok XXXIX. Kraków, 25 Sierpnia 1900. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. (Dyrektor Prof. Bujwid).

Doświadczenia bakteryologiczne nad odkażaniem formaliną w przyrządach Doc. Dra Łepkowskiego.

Opracował
Dr. Bernaciński
asystent Zakładu.

Nowe i licznie pojawiające się środki odkażające świadczą najwymowniej o tem, jak ważnem jest wyjałowienie, a szybkie zarzucanie ich dowodzi, że nie p siadają one przypisywanych im własności, że mało lub wcale nie nadają się do praktycznego codziennego użytku. Kiedy bowiem jedne z nich dałyby się łatwo zastosować ze względu na swoje własności fizykalne, to wielu zbywa na wartości i sile odkażającej i odwrotnie, lub też trudność praktycznego przeprowadzenia odkażenia usuwa je z użycia.

Formalina, jako środek lotny, znalazłaby niewątpliwie najrozleglejsze zastosowanie, zwłaszcza, że w pewnych warunkach siła jej i wartość jest wielka i pewna. Oczywista więc, że nie brak usiłowań, by podać i bliżej określić te warunki, w jakich bez pominięcia względów praktycznych może formalina dać zupełnie pewne i zadowalniające wyniki w zastosowaniu.

Jeden z tych warunków podniosłem przy opisaniu doświadczeń nad wyjaławianiem w przyrządzie odkażającym Łepkowskiego-Hellera (*Przegląd lekarski.* Nr. 53, r. 1898) t. j. szczelne zamknięcie przestrzeni. Tam wypełniały ten warunek dobrze przylegające do siebie i powleczone wazeliną ściany. Wyniki też doświadczeń były dodatnie, kiedy inni autorowie n p. Orth, Trillat mieli ujemne, bo i przestrzenie, w których odbywało się odkażenie, były znacznie większe i nieszczelne.

Sam zauważyłem przy próbach odkażania formaliną sal chorych w szpitalu św. Ludwika, że wcale nie uległy zniszczeniu te zarazki, które były nakryte kocem, prześcieradłem lub nawet bibułą.

Należałoby więc z tego sądzić, że szczelne zamknięcie przestrzeni i znajdowanie się zarazka na powierzchni, stykającej się bezpośrednio z formaliną, stanowią główne warunki skutecznego zapomocą niej odkażenia. Na poparcie tego zapatrywania niech posłużą wyniki doświadczeń o wartości wyjałowienia formaliną drobnych narzędzi chirurgicznych w pudełku (etui) i futerale na brzytwy pomysłu Doc. Dra Łepkowskiego.

Autor starał się uzyskać szczelne zamknięcie futerału przez silne przyleganie ścian wieczka, a pudełka przez wyłożenie brzegu kauczukiem i mocne zasuwki zewnętrzne. Bezpośrednie zetknięcie zarazka z formaliną wynikało natomiast ze sposobu przeprowadzenia samych doświadczeń.

Tak brzytwa, jak i inne umieszczone w pudełku narzędzia chirurgiczne (wziernik, szczypczyki), powleczone zostały po stronie zewnętrznej i wewnętrznej zawiesiną zarazka w wodzie wyjałowionej. Działaniu formaliny, ulatniającej się z kołaczyków, umieszczonych w przegródce u spodu pudełka i futerału, poddałem prątki wąglika, sienne, cholery, błonicy, zielonej ropy, gruźlicy i gronkowce złociste ropne przez 24 godzin. Porównawcze doświadczenia z tymi zarazkami przeprowadziłem mniej więcej w tych warunkach, jakie mi nastręczały pudełko i futerał i umieszczone w nich narzędzia chirurgiczne. Jałowe pręciki szklanne, powleczone zawiesiną w wodzie wyjałowionej wyżej wymienionych zarazków, umieściłem na dobę w drewnianem, zamkniętem pudełku, aby się przekonać, o ile samo wysuszenie w powietrzu zdoła powstrzymać rozwój tych bakteryj. Po upływie 24-ch godzin miejsca zakażone na narzędziach chirurgicznych i pręcikach zmyłem wodą wyjałowioną, szczepiąc ją w ilości 3-ch uszek platynowych na pożywki, na których wyrastały odpowiednie zarazki najszybciej i najobficiej. W obu razach otrzymałem wyniki dodatnie t. j. rozwój bakteryj w doświadczeniu porównawczem, brak tegoż w doświadczeniu z formaliną. Odmiennie trzeba było postąpić z prątkiem gruźliczym, który zaszczepiłem podskórnie 4 zdrowym świnkom, nie oddziaływującym na tuberkulinę. Dwom z nich zaszczepiłem wodę, którą zmyłem narzędzia chirurgiczne, poddane odkażeniu formaliną (jednej z tych świnek wodę z brzytwy), a dwom wodę, którą spłókałem pręciki, użyte w doświadczeniu porównawczem. Wszystkie szczepiłem wodą, w ten sposób zakażoną, w ilości $^1/_2$ ctm^3. Po 4 tygodniach tylko dwie świnki, szczepione wodą z pręcików, okazały obrzęk gruczołów i oddziaływały na tuberkulinę. Wreszcie nadmienię, że użyłem do doświadczenia hodowli wąglika i prątka siennego, starszych, mających około 10 dni, a zatem zawierających przeważnie tylko zarodniki, celem przekonania się, jak wobec nich działać będzie formalina pod względem swych odkażających własności.

Jak widać z tych doświadczeń, pudełka chirurgiczne pomysłu Doc. Dra Łepkowskiego zupełnie odpowiadają celowi. Powierzchnia zawartych w nich przyrządów metalowych po 24 godzinach ulega zupełnemu wyjałowieniu.

Doświadczenia, przezemnie prowadzone, sprawdził również Prof. Bujwid.

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej *(aortitis acuta et subacuta)* w następstwie chorób zakaźnych.

Podał
Prof. Dr. Antoni Gluziński.

(Dokończenie).

Zdaniem mojem są to typowe przypadki, świadczące, że wśród zakaźnych chorób, podobnie jak to wskazuje anatomia patologiczna, występuje szereg objawów klinicznych, na które zwrócił głównie uwagę Huchard, a które pozwalają rozpoznać ostre zapalenie tętnicy głównej *(aortitis acuta)*.

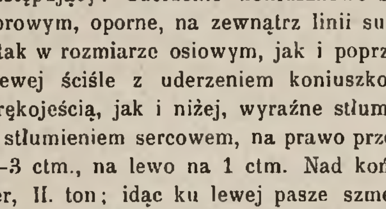
Zmiana ta może albo klinicznie ustąpić zupełnie (przypadek I), albo pozostawić stale pewne objawy (przypadek II); innym razem nie tylko pozostać stale, ale dać prawdopodobnie powód do bardzo wczesnego rozwijania się następczej zmiany miażdżycowej w tętnicy głównej wstępującej.

Tak rozumieć muszę przypadki, które niżej przytaczam, a które również razem rozbiorę.

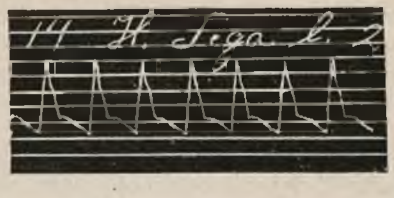
III. Helena S., lat 21. Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. W dzieciństwie przebyła ospę, zresztą zawsze zdrowa. Gośćca stawowego nigdy nie przebywała W 19 roku życia (przed 2 laty) zapadła na ciężki dur brzuszny. W ciągu tej choroby poraz pierwszy zaczęła doznawać bicia serca, które i po ustaniu choroby pozostało, zwłaszcza przy jakimkolwiek wysiłku fizycznym. Bicie to serca połączone było z dusznością i niepokojem. Na dwa tygodnie przed wstąpieniem do kliniki pojawił się silniejszy ból w klatce piersiowej, rozpromieniający się zwłaszcza ku tyłowi; zjawiły się dreszczyki i podwyższenie ciepłoty, co zmusiło chorą położyć się do łóżka. a następnie zgłosić się do kliniki.

Badanie chorej młodej. silnie zbudowanej, w narządzie oddechowym, trawienia, moczowym zmian nie wykazało. Odnośnie do narządu krążenia stan następujący: Uderzenie koniuszkowe serca w V. przestworze międzyżebrowym, oporne, na zewnątrz linii sutkowej. Stłumienie powiększone tak w rozmiarze osiowym, jak i poprzecznym, schodzi się ku stronie lewej ściśle z uderzeniem koniuszkowem serca. Na mostku tak nad rękojeścią, jak i niżej, wyraźne stłumienie, schodzące się ku dołowi ze stłumieniem sercowem, na prawo przekraczające linię mostkową na 2—3 ctm., na lewo na 1 ctm. Nad końcem serca skurczowy lekki szmer, II. ton; idąc ku lewej pasze szmer I. ginie, a pozostaje głuchy ton. Idąc ku tętnicy głównej (aorta) występuje coraz wyraźniejszy skurczowy szmer, a przy przyczepieniu III. żebra lewego słyszymy i skurczowy i rozkurczowy, bardzo wyraźny szmer Z miejsca osłuchiwania tętnicy głównej obydwa szmery bardzo wyraźne. Nad rękojeścią mostka skurczowy szmer wyraźniejszy, niż rozkurczowy. Ku dołowi mostka szmer skurczowy słabnie, a rozkurczowy przeważa. Nad tętnicą płucną udzielony I. szmer, II. głośny ton. W miejscu osłuchiwania komory prawej dwa czyste tony. Wzdłuż mostka od IV. żebra w górę skrobiące tarcie osierdziowe. Tętnienie łuku tętnicy głównej w dołku jarzmowym *(jugulum)*. wyraźnie wyczuwalne. Tętnice obwodowe gładkie, nie pokręcone, o ścianach miękich, wyraźnie tętnią, tętnica jednak dogłowowa prawa i sprychowa prawa znacznie silniej, niż lewe; tętnice na kończynach dolnych tętnią po obu stronach równocześnie.

Tętno duże, chybkie, większe jednak i wyraźniejsze po prawej, niż po lewej stronie. Wykazywał tę różnicę tak palec, jak niemniej i obraz sfigmograficzny, który załączam:



Tętno tętnicy sprychowej prawej (art. radialis sinistra).



Tętno tętnicy sprychowej lewej.

Ciepłota chorej przez pierwsze dni pobytu w klinice podwyższona (do 38·5° C.).

Przystępując do rozbioru opisanego stanu narządu krążenia — jasna rzecz, że mieliśmy do czynienia z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tęt. głównej, szmer jednak skurczowy, najwyraźniej słyszalny nad tętnicą główną, a zwłaszcza nad rękojeścią mostka, nie mógł odpowiadać zwężeniu ujścia tętniczego lewego; sprzeciwiał się temu charakter tętna, którego sfigmogram wyżej podałem.

Źródła dla tego szmeru szukać też trzeba było w zmianach ścian tętnicy wstępującej, a że zmiany te istniały, świadczyło o tem z jednej strony wyżej opisane stłumienie nad mostkiem, odpowiadające rozszerzeniu tętnicy wstępującej i łuku aorty, z drugiej strony nierównomierność tętna w tętnicach obwodowych, wychodzących z łuku tętnicy głównej, świadcząca, że w ścianach łuku toczyć się musi sprawa, zwężająca ujście do tętnicy dogłowowej i podobojczykowej lewej.

Na tej podstawie rozpoznałem: *Insufficientia valv. semil. aortae, ectasia aortae ascendent. et arcus aortae subs. hypertrophia et dilatatione cordis praecipue sinistri. Stenosis aditus ad art. carotid. et subclaviam sinistram*

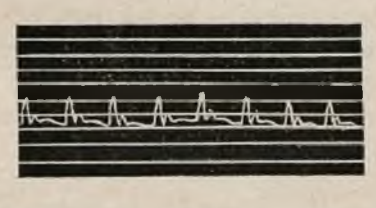
Rozpoznanie to znalazło potwierdzenie nie w sekcyi wprawdzie, bo chora do dzisiejszego dnia żyje, lecz przy prześwietleniu X-promieniami, które wykazało tętnicę główną rzeczywiście rozszerzoną, po obydwóch brzegach mostka na kilka cm. widoczną i silnie tętniącą.

Jakaż przyczyna tych zmian u tej młodej dziewczyny, zapytać się godzi? Sprawa miażdżycowa silnie rozwinięta, ograniczona tylko do pnia tętnicy głównej, bo wszystkie tętnice obwodowe przedstawiały się prawidłowo, byłaby zwykłą i może dzisiaj już anatomicznie słuszną odpowiedzią. A jednak uderzać musi, skąd, z jakiego powodu, mogła się rozwinąć ograniczona sprawa miażdżycowa u dziewczyny tak młodej, dobrze zbudowanej, nie wystawionej na żadne szkodliwości, w których upatrujemy źródło zmian miażdżycowych. Jasną będzie ta sprawa, gdy przypomnimy sobie dane z wywiadów, wskazujące, że chora ta przebywała przed 2 laty dur brzuszny, wśród którego poraz pierwszy wystąpiły przypadłości ze strony serca, że przypadłości te już stale trwają, że więc podobnie, jak w dwóch pierwszych przypadkach, wystąpiła u niej sprawa zapalna, która wnosząc po skutkach, musiała dotknąć z jednej strony śródsierdzie *(endocardium)* sprowadzając niedomykalność zastawek tętnicy głównej, z drugiej ścianę tętnicy głównej, a więc wywołać *aortitis*, która przeszła w sprawę przewlekłą, dając powód do zmian, dzisiaj stwierdzonych. Za charakterem zapalnym tych spraw przemawia i to, że po dwóch latach przychodzi do zaostrzenia sprawy zapalnej, wskutek nieznanej przyczyny, zjawia się nagle u chorej tej ból, zmuszający ją do położenia się do łóżka, stan gorączkowy kilkonastodniowy i wystąpienie świeżego tarcia osierdziowego *(peri-*

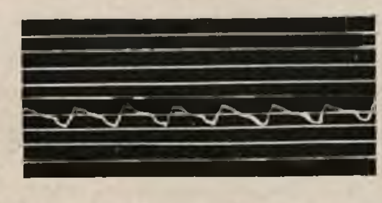
carditis) u podstawy naczyń. Nie przeczę, że przy sekcyi moglibyśmy znaleść u tej młodej dziewczyny zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej, punktem wyjścia jednak była sprawa zapalna, powstała wśród przebiegu duru brzusznego, która przeszła w sprawę przewlekłą, a więc *aortitis et endocarditis chronica.*

IV. Zofia K. lat 18, szwaczka, wstąpiła do kliniki dn. 14 lutego 1899. Rodzice żyją i są zdrowi. W dzieciństwie przebywała odrę, błonicę i ospę. W 12 r. ż. po raz pierwszy gościec stawowy ostry, trwający 5 tygodni. Następnie co roku w miesiącach zimowych nawroty choroby; ostatni nawrót przed 3 laty przytrzymał chorą w łóżku kilkanaście tygodni. Od tego czasu zupełnie zdrowa, aż do obecnej choroby, która zaczęła się w końcu stycznia b. r., a objawiała się bólem w okolicy mostka, przeszywającym ku tyłowi, rozpromieniającym się niekiedy ku ramieniu i ręce lewej, obok tego bóle głowy, krzyżów, dreszczyki, bicie serca, zwłaszcza w nocy, połączone z niepokojem. Przypadłości te zmusiły chorą położyć się do łóżka; próbowała co kilka dni wstawać, występowało jednak zaraz bicie serca, duszność i zawroty głowy.

Budowa wątła — odżywienie liche. W narządzie oddechowym objawy nieżytu oskrzelowego. Przewód pokarmowy prawidłowy. Wątroba i śledziona rozmiarów nieco większych. Mocz wysycony c. g. 1·030, bez białka. Stawy nieobrzękłe, niebolesne. Obrzęków nigdzie nie ma. Ciepłota w pierwszym dniu pobytu w klinice 37·5°C, zresztą zawsze prawidłowa. Narząd krążenia: W okolicy serca rozległe wstrząśnienie. Uderzenie koniuszkowe serca, dość oporne, w VI. przestworze międzyżebrowym lewym, na zewnątrz linii sutkowej. Stłumienie serca schodzi się ku stronie lewej z uderzeniem koniuszkowem serca, ku górze do IV żebra, ku dołowi do VI. Na mostku całym wypuk przytłumiony, na prawo do linii mostkowej, na lewo przekracza linię mostkową o 1 ctm. Nad końcem serca bardzo wyraźny przedskurczowy i skurczowy szmer, drugi ton bardzo głuchy, nieczysty. Nad komorą prawą dwa głuche tony. Nad tętnicą płucną również dwa głuche tony, II silnie zaakcentowany. Idąc od końca serca w kierunku tętnicy głównej szmery słabną. Zbliżając się ku miejscu osłuchiwania tętnicy głównej stwierdza się napowrót szmer innego charakteru, piłujący, skurczowy, bardzo wyraźny nad tętnicą główną, a jeszcze wyraźniejszy nad rękojeścią mostka, obok słabego rozkurczowego szmeru, połączonego z głuchym tonem. W tętnicach dogłowowych słychać szmer skurczowy. Tętno dość dobre, dość chybkie, tętnice obwodowe wyraźnie tętnią, jednak znów tętnica dogłowowa prawa i podobojczykowa prawa znacznie wyraźniej, niż lewa, stąd i tętno sprychowe prawe wyraźniejsze, niż lewe, jak to wskazuje załączony sfigmogram.



Tętno tętnicy sprychowej prawej.



Tętno tętnicy sprychowej lewej.

W przypadku tym należałoby rozpoznać zmianę przewlekłą zapalną śródsierdzia *(endocarditis chronica)*, stojącą w związku z przebytym gośćcem stawowym, która doprowadziła do zmian w dwóch ujściach, a mianowicie:

Przedskurczowy i skurczowy szmer nad końcem serca, powiększenie rozmiarów serca, zaostrzenie II-go tonu nad tętnicą płucną odpowiadają zwężeniu ujścia żylnego lewego i niedomykalności zastawki dwukończystej.

Rozkurczowy szmer nad tętnicą główną (wprawdzie obok głuchego tonu) i przerost lewego serca, tętno chybkie, tętnienie wszystkich tętnic obwodowych, nawet na stopie, odpowiadały niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej.

A skurczowy szmer nad aortą, najwyraźniejszy nad rękojeścią mostka, udzielający się do tętnic dogłowowych, czemu odpowiadać może? Pierwsza myśl, to zwężenie ujścia tętniczego lewego. Przeciw temu przemawiało jednak usadowienie najwyraźniejsze szmeru nad mostkiem, brak cech tętna, znamiennych dla zwężenia, a nadto pewne szczegóły, czekające rozwiązania, to jest wyżej opisane przytłumienie nad mostkiem i wyraźna różnica w tętnieniu tętnic prawej i lewej strony, wychodzących z łuku aorty. Szczegóły te łatwo wytłómaczyć, gdy przyjmiemy rozszerzenie części wstępującej i łuku tętnicy głównej wskutek zmian w jej ścianie, które sprowadzają również zwężenie ujść tętnicy dogłowowej i podobojczykowej lewej, a szmer skurczowy źródło swoje miałby także w zmianie w ścianach tętnicy. Prześwietlenie X promieniami wykazało też rzeczywiście rozszerzenie całej tętnicy głównej wstępującej, tak samo jak w przypadku III.

Zmiana ta u młodej 18-letniej dziewczyny nie mogła być innej przyrody, jak zapalnej; wśród przebiegu gośćca stawowego powstała sprawa zapalna na śródsierdziu i sprawa zapalna w tętnicy głównej. Pierwsza doprowadziła do *stenosis ostii venosi sinistri*, *insufic. mitralis et insufic. valv. sem. aortae*, druga do *ectasia aortae et stenosis aditus ad carotid. et subcl. sinistr.*

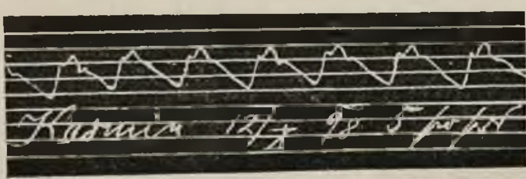
Czy dzisiaj już dołączyły się zmiany, odpowiadające procesowi miażdżycowemu? niewiem; możliwe, że już są, podkładem jednak dla nich jest sprawa zapalna, która się rozwinęła po gośćcu stawowym. Dodać muszę, że chora przybyła widocznie wśrod zaostrzenia się sprawy, za czem przemawiał świeży ból pod mostkiem, napady duszności, dreszczyki i stan podgorączkowy, które to objawy wśród spokojnego leżenia chorej w łóżku ustąpiły, a chora z przybytkiem na wadze 4 klgm., podmiotowo dobrze się czująca, opuściła w 4 tygodnie klinikę.

V. Ernestyna K., lat 18, robotnica, wstąpiła do kliniki 22 maja 1898 roku. Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. — W dziecinnych latach przebyła krztusiec i płonicę, po której przez dłuższy czas miała być spuchniętą (zapalenie nerek?). Regularność od 13 roku życia, prawidłowa. W zimie roku przeszłego przy chodzeniu zaczął się pojawiać ból pod mostkiem i w lewej połowie klatki piersiowej, połączony z biciem serca, dusznością i uczuciem lęku, przyczem chora miała uczucie cierpnięcia palców kończyny górnej lewej. — Objawy te wzmagały się tak, że na 4 tygodnie przed wstąpieniem do kliniki chora położyła się do łóżka. Czterotygodniowe też leżenie poprawiło znacznie stan chorej, gdy jednak próbuje wykonywać ruchy, napady wyżej opisane wracają. Gośćca stawowego miała chora nie przebywać, od kilku lat jednak ma doznawać bólów, bliżej nie określonych, w kończynach dolnych, występujących w czasie niepogody.

Budowa wątła, powłoki ogólne blade. Narząd oddechowy, trawienia bez zmian. Obrzęków nigdzie niema. Mocz, c. g. 1·015, bez białka. Ciepłota prawidłowa. Narząd krążenia: Uderzenie koniuszkowe serca oporne, widoczne najwyraźniej w VI przestworze międzyżebrowym w linii pachowej przedniej. Nad końcem serca, a szczególnie nad podstawą serca wyraźny skurczowy »koci mruk“. Stłumienie bezwzględne sięga od III żebra do VI; na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem serca, na prawo sięga do linii mostkowej prawej. Nad

rękojeścią mostka słumienie, sięgające zwłaszcza ku stronie prawej poza brzeg mostka i schodzące się ku dołowi ze słumieniem serca. Nad końcem serca skurczowy szmer, rozkurczony ton, połączony ze szmerem. Idąc ku pasze lewej stwierdzamy tylko skurczowy szmer. Idąc ku mostkowi obydwa szmery słychać coraz wyraźniej, zwłaszcza rozkurczowy, który najwyraźniej słyszymy przy przyczepieniu III żebra lewego. W miejscu osłuchiwania tętnicy głównej — skurczowy szmer, rozkurczowy nieczysty ton; to samo słychać nad rękojeścią mostka. Nad komorą prawą skurczowy szmer, rozkurczowy ton; nad tętnicą płucną dwa tony, II silniejszy; obok I tonu — skurczowy szmer.

Tętnica dogłowowa prawa tętni bardzo wyraźnie, podczas gdy lewa zaledwo wyczuć się daje. W tętnicach dogłowowych skurczowy szmer. W dołku jarzmowym (*jugulum*) wyczuć można tętniący łuk tętnicy głównej i skurczowy »koci mruk«. Tętnice obwodowe nie tętnią, sprychowe obydwie wązkie, tętno słabo napięte, równoczasowe, jednakowego charakteru, w liczbie 72, czasami niemiarowe (arytmiczne), trochę słabsze na lewej, niż na prawej ręce.



Tętno tętnicy sprychowej prawej.

U tej młodej dziewczyny należało bezsprzecznie rozpoznać zmianę zapalną śródsierdzia *(endocarditis)*, usadowioną i w ujściu żylnem i tętniczem komory lewej na tle gośćca stawowego[1]; temu odpowiadał skurczowy i rozkurczowy szmer nad końcem serca *(insuf. mitral. et stenosis ostii ven. sin.)* i skurczowy szmer nad tętnicą główną, rękojeścią mostka i w tętnicy dogłowowej, małe tętno *(stenosis ostii arter sin.)* Skurczowy szmer nad tętnicą główną, rękojeścią mostka i w tętnicy dogłowowej tłómaczy się w tym przypadku zwężeniem ujścia tętniczego lewego, lecz zachodzi pytanie, czy przytoczonem rozpoznaniem obejmujemy cały szereg objawów ze strony narządu krążenia? a w związku z tem, czy ten szmer skurczowy niema jeszcze drugiego źródła swego powstania?

Przy rozwiązaniu tego pytania należy przytoczyć, że i tu musimy mieć do czynienia z rozszerzeniem wstępującej części i łuku tętnicy głównej w obec znamiennego przytłumienia na mostku, wyczuwania wyraźnego palcem łuku w dołku jarzmowym; — rozszerzenie stwierdzono rzeczywiście bardzo wybitnie przy prześwietleniu X-promieniami.

Rozszerzeniu temu u tej młodej dziewczyny z wązkiemi naczyniami odpowiadać musi zmiana w ścianie samej tętnicy głównej; świadczy o tem okoliczność, że zmiana ta musiała zwęzić ujście do tętnicy dogłowowej lewej, w której tętnienia prawie nie można było wyczuć.

Czyż nie nasuwa się mimowolnie myśl, że i w tym przypadku zmiana w ścianie tętnicy rozwinęła się na tem samem tle, co zmiana śródsierdzia, a więc na tle zapalnem, że przyczyna (gościec stawowy), która wywołała *endocarditis*, dała również powód do powstania *aortitis*.

Nie chcę przytaczać dalszych historyi chorób, świadczących, że zmiany te u ludzi bardzo młodych nie należą do rzadkości, że przy baczniejszej uwadze przypadki te okazują się liczniejsze. Stwierdzałem je zawsze prześwietlaniem, a przytoczyłem tylko te, których fotografie posiadam. Przypadki tu przytoczone były, jak widzieliśmy, następstwem rozmaitych chorób zakaźnych i odnosiły się albo do zapalenia samej tętnicy głównej *(aortitis)*, albo do równoczesnego zapalenia śródsierdzia *(endocarditis)*. Etyologia zatem tych dwóch spraw, tak doświadczalnie, jak i klinicznie, jest wspólna.

Przypadki te świadczą również dowodnie, że nad sprawą „*aortitis*“ nie można przejść tak łatwo do porządku dziennego, owszem przypadki te dowodzą, że to, co już anatomia patologiczna w części stwierdziła, zasługuje na baczną uwagę klinicystów, i że wśród ostrych chorób, a zwłaszcza po ich przebiegu, szczególniej u ludzi, dziedzicznie obciążonych, należy zwracać pilną uwagę na szereg objawów, występujących ze strony tętnicy głównej, które im świeżej występują, tem pilniejszego wymagają baczenia. Zwrócenie na nie uwagi, odpowiednie postępowanie, wytrwałość w stosowaniu spokoju nieraz przez czas długi, może usunąć sprawę prawie zupełnie, jak tego dowodzą dwa pierwsze opisane przypadki, i zapobiedz dalszemu rozwijaniu się sprawy takiemu, jaki przedstawiają trzy na końcu przytoczone przypadki.

Z szeregu objawów obok uczuć podmiotowych, jak bólu pod mostkiem, nagłego osłabienia, duszności przy ruchach etc. ze szczególnym naciskiem wymienić należy wystąpienie skurczowego szmeru nad ujściem tętnicy głównej, a najwyraźniejszego nad rękojeścią mostka; jestto jeden z pierwszych wybitniejszych objawów fizykalnych obok przyspieszenia ruchów serca, do których w następstwie przyłącza się szereg dalszych zjawisk, opisanych przez Hucharda, a przytoczonych wyżej, które tak dobitnie objaśniają opisane przezemnie przypadki.

Dodać muszę, że nie przeczyłem i nie przeczę, iż w trzech ostatnich przypadkach mimo młodego wieku chorych, bo 18 lat, są może rozwinięte już i zmiany miażdżycowe, owszem przypuszczam, że tak jest, lub że tak będzie, a będą one tylko świadczyły, że w zapaleniu tętnicy głównej po chorobach zakaźnych będziemy mieli jeden jeszcze czynnik, wpływający na wczesne powstawanie miażdżycy tętnicy głównej.

Tych kilku uwag zadaniem było zwrócić uwagę:

1) że zapalenie tętnicy głównej stanowić powinno odrębną postać chorobową;

2) że są objawy kliniczne, po których w odpowiednich warunkach zboczenie to można rozpoznać;

3) że prześwietlenie X promieniami w odpowiednich przypadkach może rozpoznanie to ułatwić;

4) że wczesne rozpoznanie musi wpłynąć na nasze postępowanie i pozwoli korzystnie zadziałać na stan chorobowy, jak tego dowodzą nasze przypadki pierwszy i drugi.

[1]) Wśród dłuższego przebywania w klinice chora dwukrotnie uległa nawrotowi typowego gośćca stawowego z gorączką, wobec czego zasługują na zaznaczenie bóle w kończynach dolnych, o których chora w wywiadach wspomina.

III. Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszym tygodniu ich życia.

Napisał
Dr Jan Lachs.

(Wykład w sekcyi pedyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

(Ciąg dalszy).

Ciepłotę dzieci bezpośrednio po porodzie podają różni autorowie, jak następuje:

	Liczba spostrzeżeń	Przeciętna ciepłota
Baerensprung	37	37.8° C
Schaefer	26	37·8° C
Wurster	85	37·504° C
Alexejeff	50	37·9° C
Lepine	—	37·7° C
Fehling	25	38·13° C
Andral	6	37·9° C
Edwards	—	33·9 — 35°C
Roger	—	37·25° C
Davy	—	37° C
Sommer	101	37·72° C
Quinquand	—	39·5 — 40°C
Hennig	—	37·6° C
Eröss	—	37·6° C

Z autorów tu wymienionych nie mają żadnego znaczenia badania Andrala, który oznaczał ciepłotę pod pachą noworodka, ani Quinquanda, którego liczby pochodzić muszą chyba z patologicznych przypadków.

Uwzględniając przytoczony wyżej podział naszych noworodków otrzymaliśmy jako przeciętną ciepłotę bezpośrednio po porodzie na 19 noworodków, uwzględnionych w ostatecznem zestawieniu:

w gromadzie I a)			37·96° C
„ „ I b)	na 19	noworodków	37·56° C
„ „ II	„ 8	„	37·34° C
„ „ III	„ 14	„	36·96° C

Ciepłota płodu była w porównaniu z temperaturą matki:

w gromadzie	wyższa	równa	niższa
I a)	13 razy	3 razy	3 razy
I b)	15 „	3 „	1 „
II	7 „	1 „	0 „
III	7 „	2 „	5 „

Jak z tego zestawienia widać, istnieje w każdej gromadzie znaczna liczba dzieci o ciepłocie, przewyższającej ciepłotę matki; liczba ta wynosi wszędzie co najmniej 50%. Najwięcej takich noworodków spotykamy w dwóch pierwszych gromadach, najmniej w trzeciej. Jeżeli zaś uwzględnimy wysokość słupka rtęci, to stoi on bezpośrednio po porodzie najwyżej w gromadzie Ia, niżej w gromadzie Ib, jeszcze niżej w drugiej gromadzie, a w trzeciej najniżej.

Chciałbym zwrócić szczególniejszą uwagę na to stopniowe opadanie słupka rtęci w poszczególnych po sobie następujących gromadach.

Już wielu autorów zauważyło wyższą ciepłotę u płodów gromady I a, kładąc to na karb silniejszego rozwoju płodów męzkich. W naszem zestawieniu niema pod tym względem prawie żadnej różnicy pomiędzy jedną a drugą płcią. Przeciętny bowiem ciężar donoszonych noworodków męzkich wynosił 3557 gramów, a żeńskich 3519 gr. Samej płci płodu, jako takiej, nie moglibyśmy również żadnej pod tym względem przypisać roli, zwłaszcza u płodu, znajdującego się jeszcze w łonie matki. Przypuszczenie takie wyda się nam *a priori* nieprawdopodobne, jeżeli zważymy, że, jak to w dalszym ciągu się okaże, ciepłota dziewcząt jest w pierwszych siedmiu dniach nieco wyższą od ciepłoty chłopców. My wolimy tę różnicę ciepłoty pomiędzy męzkimi noworodkami, u których najwyższa ciepłota wynosiła 38,4°C, a najniższa 35,4°C — a żeńskimi, gdzie wykazano najwyższą ciepłotę 38,45°C, a najniższą 36,6°C, kłaść raczej na karb przypadku lub innych nieznanych nam dotychczas przyczyn; jakkolwiek przyznać musimy, że tak częste powtarzanie się wyższej ciepłoty u męzkich płodów daje do myślenia.

Noworodki drugiej gromady okazują w pierwszej chwili ciepłotą o 0·42°C niższą od przeciętnej wszystkich noworodków pierwszej gromady, a o 0,38°C wyższą od płodów niedonoszonych trzeciej gromady. Jak widzimy, zajmują noworodki tej gromady pośrednie miejsce pomiędzy noworodkami całkowicie donoszonymi, a niedonoszonymi. W tej gromadzie wynosiła najwyższa ciepłota 38° C, a najniższa 36,8° C.

Najciekawsze szczegóły przedstawiają pod tym względem dzieci całkiem niedonoszone. Te są o 0,38° C zimniejsze, aniżeli dzieci drugiej gromady, a blisko o jeden stopień, bo o 0,8°C, zimniejsze od całkiem donoszonych. Okoliczność ta jest o tyle ciekawa, że stwierdza ona na płodzie ludzkim spostrzeżenie de Sota, według którego ciepłota płodu kurzego wzmaga się w miarę trwania wygrzewania. Najwyższa ciepłota, jaką u dzieci tej gromady bezpośrednio po przyjściu na świat zauważyliśmy, wynosiła 37,1° C, najniższa zaś 35,2° C. Tę ostatnią spotkaliśmy u płodu bardzo małego i omdlałego.

Różnice te pomiędzy pojedynczemi gromadami uzmysłowi nam najlepiej tablica, na której krzywa oznacza przeciętne ciepłoty, jakie otrzymaliśmy bezpośrednio po porodzie. *(Tablica ta wyjdzie w Nrze 35).*

Bezpośrednio po przyjściu na świat noworodka zaczyna jego ciepłota opadać. Spadek ten jest najsilniejszy w pierwszej godzinie, a właściwie w pierwszych trzydziestu minutach po porodzie; jest on tak gwałtowny, jak tego nigdy zresztą w życiu osobnika ludzkiego nie spotykamy. Po pierwszem *maximum* opada krzywa aż do pierwszego *minimum.*

Zastanawiano się wielokrotnie nad przyczynami tego ostatniego i niektórzy jak n. p. Baerensprung chcieli go przypisać wpływowi pierwszej kąpieli. — Dokładniejsze jednak badanie z termometrem w ręku wykazuje znaczny już spadek jeszcze przed kąpielą, a nawet przed przecięciem pępowiny. Za jego przyczynę musimy w pierwszym rzędzie uważać znaczną różnicę pomiędzy ciepłotą jamy macicy, a ciepłotą powietrza, w którem kobieta rodzi. Różnica ta jest w pokojach, dla nas nawet bardzo ciepłych, jeszcze dosyć znaczna. W salach zaś zakładów porodowych,

gdzie ciepłota jest zastosowaną do tego, ażeby w sali mogła przebywać równocześnie większa liczba rodzących, różnica ta staje się jeszcze znaczniejszą.

Płód znajduje się w jamie macicy wśród wód płodowych, które mają może tę samą ciepłotę, co on, a w każdym razie niewiele chyba niższą. Bezpośrednio po urodzeniu się dziecka rozpoczyna się parowanie wód, którego szybkość zależy od stopnia wilgoci i ciepłoty otaczającego powietrza. Wody potrzebując do tego ciepła, zabierają je oczywiście płodowi. Warunki zaś dla parowania są tu bardzo korzystne, albowiem noworodek przedstawia znaczną powierzchnię parowania.

Bardzo znaczny wpływ na ten pierwszy spadek należy także przypisać całkowitej i w dodatku nagłej zmianie stosunków życiowych i wskutek tego niedostatecznemu ogrzewaniu ustroju za pomocą oddechania. Dziecko takie nie może w pierwszych chwilach doprowadzić oddechem dostatecznej ilości tlenu swojemu ustrojowi, skutkiem czego odporność jego na zimno jest niedostateczna.

Następstwem tych, że tak powiem, naturalnych warunków jest znaczny spadek ciepłoty. Do tych warunków łączą się jeszcze inne, że tak powiem — sztuczne, bo przez nas sprowadzone. Tu należy prawie zawsze zbyt powolne zawijanie noworodka, bo często dopiero po odpętleniu, kąpiel i toaleta dziecka. Ciepłota kąpieli, jakkolwiek dostatecznie ciepłej, jest przecież zawsze niższa od ciepłoty wód płodowych. Skutkiem prawa fizykalnego dążą obydwie te ciepłoty do zupełnego wyrównania się; a jakkolwiek całkowicie do tego nie dochodzi, to jednak ciepłota dziecka obniża się. Sama kąpiel nie wywołuje jednakowoż jeszcze tak znacznego obniżenia słupka rtęci, jak pierwsze chwile po niej. Przez wyjęcie bowiem dziecka z kąpieli stwarzamy dla niego sztucznie warunki tesame, a przynajmniej bardzo podobne do tych, w jakich się znajdowało po urodzeniu się. Woda ciepła paruje z powierzchni często już znacznie oziębionego ciała noworodka i obniża jego ciepłotę jeszcze bardziej.

Najdobitniej jednakowoż przedstawiają to cyfry, przyczem zauważyć musimy, że kąpano dzieci zazwyczaj najpóźniej w 20—30 minut po porodzie. I tak zauważyliśmy:

	Przeciętną ciepłotę po kąpieli	największy spadek	najmniejszy spadek	przeciętny spadek
w gromadzie I a	35,5°C	3,1°C	0,7°C	1,57°C
„ I b	35,7°C	3,5°C	0,5°C	1,28°C
„ II	35,8°C	2,5°C	0,35°C	1,35°C
„ III	34,9°C	4,5°C	0,6°C	2,132°C

Jak z tego zestawienia widzimy, jest ciepłota po kąpieli najniższą w gromadzie trzeciej, gdzie wynosi przeciętnie 34,9°C. Największy przeciętny spadek znajdujemy również w tej gromadzie, albowiem wynosi on 2,132°C. Podobnie znajdujemy u tych noworodków największy bezwzględny spadek po pierwszej kąpieli w wysokości 4,5°C.

Za przyczyny najniższej przeciętnej ciepłoty po kąpieli u dzieci niedonoszonych uważamy: 1) niższą już znacznie ciepłotę bezpośrednio po porodzie; 2) bardzo częste niedostateczne oddechanie; 3) niestosunkowo dużą powierzchnię parowania, albowiem dzieci te mają często długość dzieci donoszonych przy bardzo nizkiej wadze ciała i 4) zupełnie niedostateczną odporność na wpływy zewnętrzne. Jeżeli bowiem brak tej odporności spotykamy w pierwszych godzinach życia u wszystkich bez wyjątku noworodków w mniejszym lub wyższym stopniu, to w tej gromadzie jest on zupełny i tłómaczy ten ogromny spadek ciepłoty po kąpieli.

Inni autorowie otrzymywali następujące liczby, jako przeciętną utratę ciepłoty po kąpieli.

Baerensprung	0,86°C
Schaefer	0,15°C
Roger	1°C
Sommer	1,87°C
Eröss	1,7°C

Po kąpieli suszy się dziecko i zawija się ciepło. Mimo to nie podnosi się jego ciepłota zaraz, ale często opada jeszcze dalej i potrzeba, zwłaszcza u niedonoszonych noworodków, czasem bardzo wiele czasu, zanim pojawi się pierwsze wznoszenie się słupka rtęci w termometrze.

Z góry należałoby przypuszczać, że czas trwania spadku ciepłoty, będzie — wśród równych zresztą warunków — zależny od rozwoju płodu. Jakkolwiek tego bezwzględnie o wszystkich noworodkach twierdzić nie można, to przecież możemy to powiedzieć o najznaczniejszej ich części. Jeżeli bowiem nakreślimy krzywą ciepłoty w pierwszych godzinach życia noworodka, możemy zauważyć, że ciepłota noworodków w pierwszej i drugiej gromadzie rzadko kiedy opada dłużej nad 2 godziny po kąpieli, a już w dwie godziny zaczyna się zazwyczaj podnosić. To podnoszenie się ciepłoty rozpoczyna się u dzieci donoszonych pomiędzy 2—24 godzinami po porodzie. Jeden tylko raz rozpoczęło się ono w pół godziny po przyjściu dziecka na świat. W tym też przypadku miało dziecko już po 6 godzinach taką ciepłotę, jaką miało bezpośrednio po przyjściu na świat; u innych dzieci pierwszych dwóch gromad wyrównywała się ona natomiast dopiero po upływie 6—48 godzin. U jednego tylko noworodka nastąpiło to wyrównanie trzeciego dnia, u jednego czwartego, u dwóch piątego i u jednego ósmego dnia. Z całej zaś liczby (77) dzieci pierwszych dwóch gromad nie doszło do pierwotnej ciepłoty 15 dzieci.

Zupełnie inaczej zachowują się pod tym względem noworodki niedonoszone. U nich trwa obniżanie się słupka rtęci często jeszcze i 24 godzin po porodzie, z czego wynika, że one nie osiągnęły jeszcze najniższej ciepłoty po kąpieli. Podnoszenie się zaś słupka rozpoczyna się dopiero w 7 godzin, a czasem nawet dopiero w 30 godzin. Jeden tylko raz podniosła się ciepłota w 3 godziny, dwa razy w 4 godziny. Następstwem powolnego podnoszenia się ciepłoty jest, że płody takie powoli tylko dochodzą do tej ciepłoty, z jaką na świat przyszły. Dzieje się to tak powoli, że znaczna część dzieci tej gromady wogóle nie dochodzi w pierwszym tygodniu życia do pierwotnej ciepłoty, a bardzo mała cząstka, w naszem zestawieniu zaledwie 5 —, wyrównywa ją w 12—48 godzin. Na szybkość tego podnoszenia się nie ma żadnego wpływu okoliczność, czy dziecko już ssało, czy też jeszcze nie. Jestto zresztą zrozumiałe wobec tej małej ilości pokarmu, jakiej noworodek w pierwszych godzinach potrzebuje i przyjmuje. Za najważniejszą przyczynę szybszego lub powolniejszego ogrzewania się dzieci uważamy oddechanie. Dowodem tego są noworodki niedonoszone, które tak często niedostatecznie oddechają.

Gdy więc u dorosłych istnieje do pewnego stopnia zdolność utrzymania swojej własnej ciepłoty pomimo zna-

cznego nawet oziębienia otoczenia, to zdolności tej nie posiadają noworodki w tymsamym stopniu. Stopień tej zdolności zależy zaś od stopnia rozwoju. Wytwarzanie ciepłoty jest u noworodka, jak Eröss powiada, niedostateczne.

Z tego cośmy powiedzieli, wynika, że i nadal będziemy musieli się trzymać podziału, przeprowadzonego na początku. Różnice bowiem pomiędzy pojedynczemi gromadami są w pierwszych dniach tak znaczne, że przeciętna ciepłota wszystkich noworodków, razem wziętych, niebyłaby wcale miarodajną. (Dok. nast.)

IV. O wstrząśnieniu błędnika usznego (*Commotio labyrinthi*).

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników pol.)

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Nasuwa się teraz główne pytanie: jakie zmiany powstają po takiem wstrząśnieniu, wywołującem te objawy? Jaka sprawa toczy się w zakończeniach nerwowych, będąca bezpośrednią przyczyną owych objawów, a skutkiem wzmożonego ucisku śródbłędnikowego, albo wzmożonego parcia endolimfatycznego, albo innego mechanicznego lub fizycznego bodźca tam, gdzie, jak już wspomnieliśmy, wypada wszelkie uszkodzenia anatomiczne wykluczyć, albo gdzie zdają się one przynajmniej nieprawdopodobnemi? Schwartze sądzi, jak już podaliśmy, że sprawa ta polega na zaburzeniu równowagi pierwiastków drobinowych, molekularnych, w przyrządzie nerwowym końcowym. Należy przyznać, że niezgodne, a często wręcz sprzeczne ze sobą wyniki i zapatrywania ścisłych spostrzegaczy i eksperymentatorów nie pozwalają jeszcze na dokładne i jasne określenie sprawy i zmuszają uciekać się do przypuszczeń dla wypełnienia luk wywodów. Otóż naszem zdaniem ostatnia i bezpośrednia przyczyna wewnętrzna tych zaburzeń najlepiej daje się wyjaśnić w sposób następujący.

Według fundamentalnych poszukiwań Waldeyera układ nerwowy składa się z układu luźno ze sobą połączonych jednostek nerwowych t. zw. neuronów. Przypuśćmy, że przez nadzwyczaj silny bodziec dźwiękowy albo ruchowy i powstający ztąd nadmierny ruch endolimfy rozluźnia się jeszcze więcej związek tych jednostek komórkowych w dotyczących nerwach, przez co powstają warunki dla zaburzenia słuchu i równowagi. Prawidłowy próg pobudliwości neuronu n. słuchowego dla bodźców fizyologicznych posuwa się w górę, zwyczajne bodźce fizyologiczne stają się niewystarczającymi i potrzeba teraz podniety znacznie silniejszej, by osiągnąć próg neuronu, by wyzwalać wrażenia. Przy uwzględnieniu wykazanej różnicy w budowie anatomicznej obu gałązek tego nerwu możemy sobie także tłómaczyć odmienne następstwa po ich zadrażnieniu. Składniki neuronu n. przedsionkowego mogą częściej wobec bodźców zewnętrznych, t. j. pewnych urazów, wracać do zupełnej równowagi bez szwanku, a nawet mogą się do powtarzających się takich podrażnień przyzwyczajać; wrażliwość tego nerwu, względnie ośrodka statycznego w móżdżku może się przytępić tak, że późniejsze podrażnienia już nie mają tego samego skutku co do zaburzenia równowagi, jak z początku. Np. tańce, które u pewnego osobnika z początku wywołują zawrót głowy, mogą po dłuższem ćwiczeniu nie wywołać już tego następstwa—okoliczność, z której, jak niżej zobaczymy, skorzystać możemy dla celów leczniczych. Być jednak może, że przyzwyczajenie to polega na tem, że inne nerwy i narządy obejmują przez ćwiczenie zastępczo czynność błędnika co do utrzymania równowagi, jak już powyżej widzieliśmy. Stąd pochodzi, że do pewnych zawodów można się przyzwyczaić, że n. p. kominiarze, blacharze i t. d. wskutek przyzwyczajenia obracają się na dachach, murach, drabinach i t. p. miejscach zupełnie swobodnie, pewnie i bez szwanku, gdzie największa część ludzi zdrowych, a do tych czynności nie przyzwyczajonych, dostałaby zawrotu głowy. Inaczej się ma rzecz co do n. ślimakowego. Jego neurony, raz straciwszy równowagę, trudniej wracają do stanu prawidłowego, owszem raczej co raz więcej od niego się oddalają pod wpływem bodźców swoistych t. j. głosów, dźwięków i t. p. Dlatego to często znajdujemy u takich chorych, wystawionych na częste bodźce, stałe zaburzenia: szum i głuchotę postępującą, a nawet anatomiczne zmiany następowe, jak zanik, prawdopodobnie wskutek nieużywania (Inactivitätsatrophie), jak u kowali, kotlarzy, maszynistów i t. p. Ta różnica w patologii obu nerwów daje się zresztą także tłómaczyć samem zmniejszeniem ich pobudliwości, z czego wynika dla jednego nerwu przytępienie słuchu, dla drugiego przyzwyczajenie do pewnych urazów, u obu jako skutek zwolnienia spójności neuronów. Podrażnienie n. ślimakowego wywołuje wrażenie słuchu, przytępienie pobudliwości tego nerwu musi zatem pociągnąć za sobą niedosłyszenie; podrażnienia n. przedsionkowego sprowadzają zaburzenia równownowagi, zmniejszenie jego pobudliwości musi zatem mieć za skutek brak tych zaburzeń.

W ten sposób najłatwiej nam tłómaczyć wszystkie objawy wstrząśnienia występujące za życia bez innych zmian anatomicznych, prócz takich, które są późniejszymi wynikami porażenia czynnościowego, jak zmiany odżywcze i zaniki. Rozszerzając prawo to na całą patologię nerwową możnaby było, jak mi się zdaje, w ten sam sposób tłómaczyć wszystkie albo przynajmniej pewną część przypadków t. zw. nerwicy urazowej (*neurosis traumatica*).

Być może, że zjawisko słuchowe t. zw. *paracusis Willisii*, polegające na tem, że pewne osobniki, zdrowi i chorzy, lepiej słyszą rozmowę i głos, jeżeli równocześnie jest hałas, albo szmer, jak n. p. podczas jazdy koleją i t. p.— ma swoją przyczynę podobnież w lekkiem wstrząśnieniu i przez to wzmożonej wrażliwości zakończeń nerwowych słuchowych. Przypuszczenie to wyzyskał Dundas-Grant w celach leczniczych i rzeczywiście osiągnął poprawę słuchu w stwardnieniu ucha środkowego zapomocą ruchów drgających, wywartych siłą elektryczną na stos kręgowy. Beckman również odnosi poprawę słuchu w *paracusis Willisii* do wstrząśnień całego ciała i narządu słuchowego, tłómaczy jednak działanie tych wstrząśnień w inny sposób. Breitung tłómaczy to samo zjawisko tem, że zbyt silne bodźce akustyczne lub wstrząśnienia wzmagają styczność albo spójność komórkowych jednostek neuronów, z których układ nerwowy się składa, przez co dane są warunki lepszego słyszenia. Bodźce, które u zdrowego człowieka sprowadzają znużenie nerwu słuchowego, mają u pewnych chorych torować w ten sposób drogę dla lepszej percepcyi. Na podobnem działaniu polegać mają skutki, osiągnięte zapomocą wstrząśnień błony

bębenkowej sposobem Lucaego, wywołanych zgłębnikiem uciskowym. Temu tłómaczeniu sprzeciwia się jednak doświadczenie codzienne, że zbyt silne bodźce wywierają szkodliwy wpływ na bystrość słuchu.

Przypady wstrząśnienia błędnika, nie występujące natychmiast po urazie, lecz dopiero po jakimś czasie, niekoniecznie są bezpośredniemi następstwami wstrząsu t. j. samego przerwania albo rozluźnienia ciągłości neuronu, lecz mogą być wynikiem zmian następowych, rozwijających się dopiero w przeciągu kilku dni, albo tygodni. Zmiany zanikowe i zwyrodnienia, napotykane często w tworach nerwowych błędnika przy sekcyi takich chorych, należy właśnie pojmować jako drugorzędne następstwa wstrząśnienia, które pociąga za sobą zaburzenia odżywcze, albo też jako powstałe skutkiem nieczynności *(atrophia ex inactivitate)*, podobnie jak te same zmiany, znachodzące się w błędniku przy znacznych zmianach anatomicznych w narządzie głos przewodzącym, — zmianach, sprowadzających niedosłyszenie wysokiego stopnia, trwające czas dłuższy. Z takiem pojęciem rzeczy zgadza się także wynik badań Habermanna u głuchego kotlarza. Wskutek długotrwałego działania silnego dźwięku przyszło do porażenia *n. cochlearis* na podstawie ślimaka i porażenie to dopiero następowo doprowadziło do znalezionego przy oględzinach zaniku przyrządu Cortiego i nerwu słuchowego. Równocześnie obie płytki nożne strzemiączkowe były bardzo na zewnątrz przesunięte, jak to bywa przy silnym skurczu m. strzemiączkowego, co Habermann odnosi do czynności tego mięśnia, działającego w ten sposób t. j. przez skurcz, jako mechanizm ochronny przeciw zadziałaniu zbyt silnych dźwięków na błędnik. Jeżeli jeszcze uwzględnimy, że w kotlarniach ilość wysokich na ucho działających tonów jest większa, niż nizkich, to przytoczone spostrzeżenie licuje zupełnie z teoryą Helmholtza o czynnościach ślimaka, mianowicie ze zdaniem, że najwyższe tony dochodzą do percepcyi na podstawie ślimaka, niższe zaś w wyższych zakrętach ślimaka; innemi słowy neurony w pierwszem miejscu są wrażliwsze na tony wysokie, niż neurony w drugiem miejscu. Stąd też pochodzi, że częściowa głuchota, powstająca wskutek zbyt silnych dźwięków, znamionuje się brakiem najwyższych tonów w polu słyszenia, co się łatwo da wyjaśnić drogą fizyczno-mechaniczną. Przy nagłem bowiem powiększeniu parcia śródbłędnikowego endolimfa odpływa z przewodu ślimakowego przez *canalis reuniens* ku przedsionkowi. Nie mogąc zaś dość prędko odpłynąć przez ten ciasny przesmyk, zatrzymuje się w miejscu przejścia z *ductus cochlearis* do przedsionka, które właśnie odpowiada pierwszemu zakrętowi ślimaka. Przez to, nim wzmożone w ten sposób parcie się wyrówna, wywarty zostaje większy ucisk właśnie w tem miejscu, w którem według dzisiejszego stanu nauki umieszczamy włókna nerwowe, wrażliwe na wysokie tony; dlatego właśnie percepcya tych tonów wtedy najwięcej szkód odnosi.

Toynbee znalazł również przy badaniu zwłok człowieka, ogłuchłego nagle 15 lat przed śmiercią wskutek rażenia piorunem, zanik błędnika błoniastego i włókien nerwowych ślimaka.

Gradenigo jednak nie dzieli zdania, jakoby zmiany, znalezione w ślimaku, zależały od przeważnego działania wysokich tonów, gdyż zaburzenia czynnościowe i usadowienia zmian anatomicznych są zawsze te same, niezależnie od wysokości działających tonów. Przypisuje on stałość umiejscowienia zmian po pierwsze większej urażności *(vulnerabilitas)* pewnej gromady pierwiastków percypujących, polegającej na nieznanych nam dotąd stosunkach fizyologicznych i anatomicznych, po drugie topograficznym stosunkom; gdy bowiem ta część ślimaka leży najbliżej okienek błędnikowych, jakoteż jamy czaszkowej, z których to miejsc czynniki szkodliwe, na błędnik się przenoszące, przeważnie pochodzą — dlatego też część ta t. j. pierwszy zakręt ślimaka zwykle wcześniej i silniej zostaje dotknięta.

Spostrzegane po urazie zjawisko t. zw. *diplacusis dysharmonica* tłómaczą zgodnie na podstawie teoryi Helmholtza rozstrojeniem przyrządu strunowego błony podstawowej, co się zgadza z naszem pojęciem o wstrząśnieniu neuronu. W podobny sposób, t. j. jako rodzaj nerwicy urazowej, należy też pojmować przypadki wstrząśnienia błędnika, występującego drogą odruchową, jak np. przy t. zw. nerwicy strachowej (Schreckneurose).

Obraz, nasilenie i przebieg choroby zależy od rozległości części wstrząśniętej, mianowicie od tego, czy przerwa przewodzenia nastąpiła tylko w jednym neuronie, czy też w kilku sąsiednich równocześnie, i od nasilenia wstrząsu t. j. czy przewodzenie zostało całkiem zniesione, czy tylko osłabione. Skutki te zaś są zależne od stopnia odporności tych neuronów, nie zaś od rodzaju i siły urazu. Przebieg cierpienia może przybierać tak rozmaite postaci, że zaleca się podzielić je dla lepszego przeglądu na 3 szeregi obrazów.

1) Pod wpływem silnego wybuchu, pioruna, albo uderzenia powstaje silny zawrót głowy, omdlenie, bezprzytomność, zblednięcie twarzy, chory upada. Po krótkim czasie przytomność wraca, a występują nudności, wymioty, szum w uchu, zawrót głowy i przytępienie słuchu obok innych objawów nerwowych, zależnie od rodzaju urazu. Wszystkie te objawy mogą szybko przeminąć, albo jakiś czas utrzymywać się i może się rozwinąć obraz choroby Ménièrea. Słuch może być od pierwszej chwili całkiem, albo częściowo zniesiony, lub też z początku nieznacznie tylko upośledzony, słabnie potem coraz więcej, inne zaś objawy, jak nudności, szum w uszach, a najpóźniej zawrót głowy mogą tymczasem powoli ustąpić. Rzadko słuch później także się poprawia. W przypadkach z takim przebiegiem istnieją najczęściej w błędniku uszkodzenia organiczne, jak wylew krwi i inne, rzadziej tylko chodzi o samo wstrząśnienie i zaburzenia czynnościowe. Obraz taki, wywołany np. przez piorun, pojmować należy, jako nerwicę urazową, spowodowaną przez wstrząs (shok) elektryczny; łączy się on często z innymi objawami nerwowymi.

2) W innym szeregu przypadków wskutek jednej z wymienionych na wstępie przyczyn występuje ogłuchnięcie, zawrót głowy, zataczanie się, szum w uszach i nawet nudności, które mogą zaraz ustąpić, nieraz jednak w różnym stopniu rozmaicie długo się utrzymują, przedstawiając zbiór objawów Menierowskich. Po wystrzale armatnim, albo po wybuchu, uderzeniu i t. p. mogą pojawić się nagle oszołomienia, zawrót głowy, szum w uchu i upośledzenie słuchu. Przypadom tym towarzyszą nieraz objawy odruchowe ze strony jąder w rdzeniu przedłużonym, sąsiadujących z jądrami n. słuchowego i wtedy można zauważyć drgania mięśni twarzowych, zblednięcie twarzy, ślinienie, ból głowy, rwę zębów, nigdy zaś nie spotyka się wrażeń świetlnych lub ko-

lorowych. Spostrzegano przypadki, w których po jednym z takich urazów pozostawała trwale głuchota wskutek doraźnego porażenia n. słuchowego, albo tylko trwały szum w uszach i upośledzenie słuchu. Niedosłyszenie takie może nieraz później poprawić się, rzadziej — całkiem nawet ustąpić. W ciężkich przypadkach nie chodzi po największej części i tu o samo wstrząśnienie, lecz najprawdopodobniej powstały już wybroczyny w błędniku i i. p. zmiany anatomiczne. W lżejszych przypadkach pojawiają się tylko różne zboczenia słuchowe, uszkodzony nie słyszy tylko pewnych tonów, pewnych dźwięków, albo słyszy wszystko ze zmienionym dźwiękiem *(paracusis)*, lub okazuje niezwykłą wrażliwość na bodźce głosowe (przeczulica słuchowa) i doznaje różnych podmiotowych wrażeń słuchowych, najczęściej dzwonienia, śpiewu w bardzo wysokich tonach i t. p. Nieraz szum taki, jak również objawy zawrotu, mogą trwać przez całe życie, częściej jednak objawy te powoli ustępują, a zazwyczaj tylko zaburzenie bystrości słuchu utrzymuje się dłużej albo trwale. W lekkim stopniu wstrząśnienia powstałe ogłuchnięcie, połączone z podmiotowemi wrażeniami słuchowemi, może po kilku godzinach albo dniach całkiem ustąpić. Stopień jednak wstrząśnienia jest zupełnie niezależnym od siły i rodzaju urazu, gdyż lekki uraz może za sobą pociągać bardzo ważne następstwa, a silny żadnych albo tylko nieznaczne. Tak np. Urbantschitsch przytacza przypadek, w którym po lekkiem uderzeniu łyżką w czoło wystąpiły od razu przemijające zaburzenia równowagi, a po 8 dniach pojawiła się nagle trwała głuchota obustronna.

W pewnych zawodach, w których osobnik wystawiony jest na częste zadziałanie wysokich dźwięków, wytwarza się powoli coraz znaczniejsze upośledzenie słuchu, po części połączone z podmiotowemi wrażeniami słuchowemi, przeważnie o charakterze śpiewu, rzadziej wiążące się z objawami zawrotowymi. Tu wymienić należy kotlarzy, strzelców, kowali, ślusarzy, młynarzy, maszynistów, wogóle robotników w warsztatach maszynowych, mechaników, konduktorów, prowadzących parowozy, palaczy i wogóle służbę kolejową, którzy przy pracy otoczeni są ciągłym hukiem i hałasem, a u których n. słuchowy, wstrząśnięty wskutek ciągłego drażnienia przez dźwięki, ulega zaburzeniom czynnościowym, jak to przeważna większość autorów zgodnie utrzymuje.

Sposób i kierunek zadziałania tych czynników urazowych, oraz ich oddalenie nie pozostaje całkiem bez wpływu na ich skutki i tak n. p. w zamkniętej przestrzeni, zbliska, i u osoby na to przygotowanej huk, dźwięk, wybuch i t. p. wywierają silniejsze skutki, niż działając na wolnem powietrzu, niespodziewanie, z większej odległości. U strzelców lewe ucho częściej bywa zajęte.

Blake, Lannois, Gelle i i. zwracali uwagę na zaburzenia słuchowe, powstające wskutek częstego używania telefonu, szczególnie u osób, dotkniętych już dawniej chorobą słuchu. Najczęstszym objawem są tu: nadczułość słuchowa, uczucie ucisku i zajęcia w uszach i postępujące przytępienie słuchu, do czego czasem dołącza się ogólna nerwowość, jak to Politzer nieraz zauważał. Jest według Politzera prawdopodobnem, że zaburzenia i objawy nerwowe, pojawiające po używaniu telefonu odnieść należy do wysokich tonów telefonu, nieprzyjemnych dźwięków ubocznych i natężonej uwagi słuchających. Podobne objawy, jak oszołomienie, zajęcie głowy, wrażliwość słuchowa, spostrzegano po dłuższem słuchaniu przy fonografie, jednak objawy te w krótkim czasie mijały. Tak samo po innych urazach mogą zjawiać się objawy błędnikowe, w postaci mniej lub więcej podobnej do choroby Ménièrea, z przebiegiem rozmaitym. Napady zawrotu głowy mogą występować codziennie, lub też w mniejszych lub większych odstępach czasu, co kilka tygodni albo miesięcy. Nie rzadko w początku bardzo silne zaburzenia równowagi zwolna ustępują, natomiast równolegle słuch się coraz więcej pogarsza.

Takie, krótszy albo dłuższy czas, albo też trwale utrzymujące się nadwerężenie czynności nerwów błędnikowych polega w pewnych razach na nerwicy urazowej błędnika, o której mówiliśmy, bez wszelkiego uszkodzenia anatomicznego, analogicznie do zaburzeń czynnościowych pourazowych w innych narządach zmysłowych, jak w narządzie wzrokowym i i., a nieraz stanowi objaw częściowy ogólnej nerwicy urazowej, jak n. p. po wypadkach kolejowych w t. zw. „Railway-spine.“

Jak już podnieśliśmy, nie zawsze wszystkie te objawy występują w wstrząśnieniu błędnika, lecz raz jeden, raz drugi z nich przeważnie, albo wyłącznie wysuwa się na pierwszy plan i to raz natychmiast po urazie, innym razem dopiero po jakimś czasie, a nawet spostrzegano, że takie zawodowe nadwerężenie czynnościowe n. słuchowego pojawiało się, postępowało, albo pogarszało się dopiero w jakiś czas po usunięciu się ze szkodliwego zawodu i po ustaniu przyczyny urazowej.

3) Nareszcie odróżnić należy osobną gromadę przypadków z przebiegiem przelotnym, w których objawy zaburzenia równowagi zjawiają się i znikają, jak błyskawica, albo równocześnie z ustąpieniem przyczyny, lub bardzo prędko po niem. Cierpienie występuje zawsze napadowo. Po zadziałaniu jednej z wymienionych przyczyn pojawiają się: silny zawrót głowy, nudności, wymioty, przekręcenie ócz, drganie gałek ocznych, czasem nawet zemdlenie, upadnięcie, nieraz też szum w uszach i przytępienie słuchu, podobnie jak w chorobie Ménièrea, z tą tylko różnicą, że tutaj objawy te zaraz ustępują. Tu przebieg nakazaje stanowczo wykluczyć istnienie wszelkiej, szczególniej trwałej zmiany anatomicznej. Przypadki takie mogą służyć jako wzór wstrząśnienia błędnika κατ᾽ ἐξοχήν, *Commotio labyrinthi sensu strictiori*. Sprawę, toczącą się w tych razach w błędniku, różni autorowie różnie pojmują; bądźto jako chwilowe przelotne zaburzenia w krążeniu i wydzielaniu, chwilowe, szybko przemijające wzmożenie parcia śródbłędnikowego, bądź jako zboczenia czynnościowe i odruchowe, najprawdopodobniej wskutek wstrząśnienia neuronów, jak wyżej wyłuszczyliśmy. Tu należą prędko mijające objawy zawrotu po przestrzykiwaniu ucha, po wpędzeniu powietrza do ucha środkowego, po cewnikowaniu trąbki Eustachiusza, po ucisku na skrawek, szczególnie przy odsłoniętej ścianie błędnika. Tu zaliczyć także wypada objawy, występujące przy silnem huśtaniu, nagłem obróceniu głowy, przy tańcach wirowych, w chorobie morskiej, u pewnych osób także podczas jazdy koleją, na karuzelach, konno, na wozie, przy zadziałaniu głosowem, przy galwanizacyi głowy i t. d. Że zawrót t. zw. galwaniczny pochodzi z błędnika, udowodnił niezbicie Pollak doświadczeniami na żywych wykazując, że automatyczne ruchy głowy i ócz, występujące mimowolnie pod wpływem działania prądu elektrycznego, nie pojawiają się pod tymi samymi

zresztą warunkami u tych głuchoniemych, którzy także przy innych doświadczeniach okazywali zboczenia, przemawiające za brakiem lub niesprawnością narządu łukowatego. Doświadczenia Jensena na gołębiach zdrowych i pozbawionych błędnika doprowadziły do tego samego wyniku. Zawrót ten powstaje według Breuera i Ewalda przeważnie przez drażnienie narządu przedsionkowego w podobny sposób, jak fosfeny, występujące bez współudziału mózgu przez drażnienie siatkówki. (Dok. nast.)

V. Wyciągi.

Gowers (Londyn): **Epilepsia minor.** (*Wiener med. Presse*, Nr. 29, 1900). Najczęstszym, prawie typowym objawem powyższego cierpienia jest całkowita lub częściowa utrata przytomności, łącząca się niejednokrotnie z ogólnem zwiotczeniem mięśni i bezwiednem oddawaniem moczu. Ostatni objaw, występujący częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, może nawet pojawić się i w tych przypadkach, w których utrata przytomności mija tak szybko, że nie dochodzi do świadomości chorego. Do powyższego obrazu dołączają się jeszcze najrozmaitsze odczucia (sensacye), z których znów najczęstszym jest zawrót (*vertigo*), mogący być przedmiotowym lub podmiotowym, według tego, czy chory sam przez się odczuwa ruch obrotowy, czy też otaczające przedmioty ruch ten rzekomo wykonują. Drugiem dziwnem odczuciem jest odczuwanie snu (Traumempfindung), któremu często towarzyszy mlaskanie: choremu się wydaje, że poraz wtóry przechodzi ten sen, który już raz prześnił. Z innych tu występujących sensacyi należy jeszcze wymienić przemijające zamroczenie, spostrzeganie jaśniejących gwiazd, lub uczuwanie nagłych od dołu ku górze posuwających się dreszczów, które chory tłómaczy, jakoby mu „krew uderzała do głowy“. Skoro napad taki przeminął, opanowuje chorego pewnego rodzaju krótsze lub dłuższe oszołomienie, połączone z drgawkami, czasami także i wymiotami. Nagłe wystąpienie tych napadów bez widocznej zewnętrznej przyczyny i krótkie ich trwanie utwierdzają rozpoznanie; cierpienie to możnaby pomieszać tylko z chorobą Meniera (*vertigo ab aure laesa*), w której atoli bardzo często występują zmiany w narządzie słuchowym (szum i t. p.). Leczenie opiera się na stosowaniu przetworów bromu i cynku, również działają dobrze: *hyoscinum hydrobromicum*, wilcza jagoda lub konopie indyjskie; pomyślne skutki można także osiągnąć przez połączone podawanie strychniny z nitrogliceryną przez dłuższy czas. W końcu nadmienić wypada, że leczenia nie należy nagle przerwać, względnie zaniechać, lecz stopniowo postępować, albowiem *epilepsia minor* ma skłonność do nawrotów.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. King: **Leczenie drgawek porodowych.** (*Frauenarzt*, XV, Jahrgang, Heft 5). Wychodząc z tej zasady, że drgawki porodowe są mocznicowego pochodzenia, stosuje autor przedewszystkiem obficie środki przeczyszczające, ciepłe kąpiele, parówki lub też zawijania wilgotne dla wywołania potu, następnie stawia na obie okolice nerek u niedokrewnych kobiet bańki suche, cięte u pełnokrwistych, raz tylko plaster gorczyczny, który tylko aż do zaczerwienienia się skóry pozostawia, w końcu stosuje gorące okłady z siemienia lnianego i liści naparstnicy, a gdy w ten sposób przekrwienie nerek się zmniejszyło, jednak nie wcześniej, podaje wewnętrznie naparstnicę i cytrynian litowy dla wzmożenia czynności wydzielniczej nerek. Chorą układa autor sposobem Simsa, albo wogóle w ten sposób, aby znieść ucisk macicy ciężarnej na przeponę i miednicę. Aby same drgawki podczas napadu znieść, podaje obfite dawki *Extr. fluid. Veratri viridis* z morfiną podskórnie; bezpośrednio w samym początku napadu dla osłabienia tegoż ostrożnie chloroform. Samo przez się rozumie się, że pożądanem jest ukończenie porodu (n. p. zapomocą kleszczy). Jeżeli się jednak udało napady znieść, a poród sam bez przeszkody postępuje, tem lepiej dla chorej, gdyż każdego gwałtownego zabiegu, o ile się to tylko da, należy unikać. Szczególną uwagę zwraca autor na otoczenie chorej; pokój powinien być zaciemniony, cisza w pokoju jak największa.

W końcu uważa autor często spotykane wklinowanie się języka między zęby (przeciw czemu zaleca się wstawić jakiś przedmiot między zęby) za objaw pewnej dążności samozachowawczej ustroju, przekonanym bowiem jest, że śmierć w przypadkach drgawek porodowych polega na uduszeniu z powodu opadania języka i zamykania głośni przez nagłośnię; dlatego, aby temu zapobiedz, radzi usta roztwierać i uchwyciwszy język kleszczykami wyciągnąć go ku przodowi. *Dr. Ludwik Friedmann.*

Schudmak i Vlachos (Wiedeń): **Przypadek duru brzusznego z następowem zropieniem gruczołu tarczykowego** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 28, 1900). W szczegółowo opisanym przypadku duru brzusznego przyszło do zropienia gruczołu tarczykowego; kilkakrotne badanie ropy, uzyskanej strzykawką Pravatza, wykazało najwyraźniej prątki durowe, z czego autorowie wnoszą, że choroba pierwotna (dur) stoi w ścisłym związku ze zropieniem rzeczonego gruczołu. Baumgarten twierdzi, że prątki durowe nie posiadają własności ropotwórczych, a wszelkie ropienie, w przebiegu duru powstające, odnosi do zakażenia mięszanego, czemu jednak inni autorowie zaprzeczają; niemniej i ten przypadek przemawiałby przeciw zdaniu Baumgartena. Schudmak i Vlachos tedy, chcąc stwierdzić prawdziwy stan rzeczy, wykonali szereg doświadczeń na królikach i doszli do wniosku, że prątki durowe posiadają według wszelkiego prawdopodobieństwa własności ropotwórcze, które nie są zawisłe od stopnia jadowitości tego drobnoustroju. Wyjątek stanowią bardzo jadowito gatunki prątków durowych, które wskutek gwałtownych objawów chorobowych nie dopuszczają do ropienia.

Dr. Henryk Pisek.

Scherbatscheff (Moskwa): **Uwagi sądowo-lekarskie o czasie potrzebnym do wydzielenia arsenu.** (*Vjschr. f. g. M.* T. XIX, Z. II., 1900). Z powodu dochodzenia sądowego, w którem miano rozstrzygnąć pytanie, czy znaleziony w zwłokach arsen pochodził z przeprowadzonego leczenia, czy z otrucia, przedsięwziął autor cały szereg doświadczeń na psach i królikach, które miały wykazać, jak długiego potrzeba czasu, by arsen zupełnie z ustroju się wydzielił. Doświadczeniami temi stwierdził autor, że nawet po dawkach leczniczych może arszenik dość długo w ustroju pozostawać; po podskórnych wstrzykiwaniach można go było wykazać jeszcze po 160 dniach. Czas, potrzebny do wydzielenia, zależy zresztą od całej ilości arszeniku, jaką do ustroju wprowadzono; jeśli ilość jego nie przekraczała 0.03 grm., to wydzielanie ustawało w 70 dniu. Z moczu ustępował arsen wcześniej, niż z kości i mózgu. Tak przy wstrzykiwaniach podskórnych, jak i przy wewnętrznem podawaniu arszeniku zauważa się stały wzrost wagi ciała; natomiast przy śmiertelnych lub bardzo małych dawkach leczniczych (poniżej $^{1}/_{2}$ mgr.) następuje gwałtowne zmniejszanie się ciężaru ciała. Najdłużej znaleźć można arsen w mózgu i kościach i tak, po krótkiem jego używaniu najdłużej w mózgu, po długiem używaniu najdłużej w kościach. Sądzi przeto autor, że znalazłszy arsen w kościach, a nie znalazłszy go w mózgu i w innych narządach, należy raczej przypisać obecność jego leczeniu, a nie otruciu. Wydzielanie się arsenu nie następuje równie szybko u wszystkich zwierząt; u zwierząt większych następuje wydzielanie odpowiednich dawek nieco wolniej, niż u zwierząt mniejszych. Wyników, jakie uzyskano doświadczalnie co do czasu, w jakim arsen się wydziela u jednego rodzaju zwierząt, nie można odnosić do innych zwierząt, tem więcej zaś do człowieka. *Horoszkiewicz.*

Ury (Wrocław). **Przyczynek kazuistyczny do tężyczki i innych tężcowatych postaci chorobowych w przebiegu rozstrzeni żołądka.** (*Deut. med. Woch.* Nr. 29 i 30, 1900). Rozstrzeń żołądka bardzo rzadko wikła się z tężyczką, dlatego uwzględnia autor tylko takie przypadki rozstrzeni, w których występują cechujące znamiona tej nerwicy, a więc: 1) ręka w ułożeniu ręki położnika, 2) zwiększenie mechanicznej pobudliwości mięśni i 3) zwiększenie mechanicznej i elektrycznej pobudliwości nerwów. Do znanych już przypadków dodaje autor swój, tyczący się 43-letniego mężczyzny, u którego zwężenie odźwiernika po wrzodzie okrągłym pociągnęło za sobą rozstrzeń żołądka, połączoną z wszystkiemi znamionami tężyczki. Obok przypadków prawdziwej tężyczki pojawiają się także w przebiegu rozstrzeni żołądka tężcowe kurcze, które łączą się z całkowitą lub częściową utratą przytomności, ale różnią się od tężyczki brakiem zwiększenia pobudliwości mechanicznej mięśni i nerwów. Przypadki te są bardzo podobne do tężca lub padaczki, nie dadzą się atoli zaliczyć do żadnej znanej postaci klinicznej. Leczenie musi być skierowane wprost przeciwko napadom, a z drugiej strony winno zmierzać do zapobieżenia, by napad się nie powtórzył; w pierwszem, wielkie i korzystne znaczenie ma dowóz płynów do ustroju (wlewania do prostnicy ciepłej wody lub mleka, wlewania podskórne roztworu soli lub cukru). Po przebytym zaś napadzie jest autor zwolennikiem zabiegu operacyjnego (*gastroenterostomia*, w danym razie *resectio pylori*). *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Fournier (Paryż): **Kiłowe cierpienia jelit.** (*Klinisch-therap. Wochenschrift*, Nr. 28, 1900). Choroby przewodu pokarmowego, a w szczególności jelit, objawiają się w pierwszym rzędzie biegunką. Celem więc trafnego rozpoznania, czy dany przypadek rozwinął się na tle kiłowem, czy też nie, radzi autor zwrócić baczniejszą uwagę na: a) przebyte cierpienia (w kierunku kiły), b) brak wszelkiej innej przyczyny dla istniejącej biegunki, c) uparte (czasem nawet znamienne) trwanie biegunki, mimo wszystkich sto-

sowanych leków, które w zwykłych warunkach doprowadzają do celu, d) równoczesne wystąpienie innych objawów; tak n. p. obok innych objawów trzeciorzędnej kiły napotkać można także i biegunkę. Przechodząc do leczenia podnosi autor, że podawanie w takich razach jodku potasu naprzemian z przetworami rtęci daje najlepsze wyniki. Nawet owrzodzenia jelitowe na tle kiły nie stanowią przeciwwskazania do podawania rtęci *per os*, — doświadczenia bowiem wykazały, że w największej liczbie przypadków *protojoduretum hydrargyri* lub *Liquor van Swieteni* (1 łyżka dziennie), wewnętrznie użyte, skutkowały znakomicie bez szkodliwych ubocznych działań. Oczywiście, że i wcierania szaruchy bardzo dobrze działają w tego rodzaju zaburzeniach jelitowych. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 14 lutego 1900.

Przewodniczący: kol. Festenburg. — Członków obecnych 11, gości 2.

1) Kol. Kośmiński przedstawia przypadek ciąży trąbkowej, w którym po jednorazowym braku regularności, dwa razy — 10 i 22 stycznia, powtarzał się zapad wśród objawów krwotoku wewnętrznego Po drugim stwierdzono w klinice guz, wypuklający prawe sklepienie pochwowe i sięgający wyżej pępka. Guz ten obecnie jest twardszy, nie wypukla już tak sklepienia i sięga tylko do pępka. Ciekawem jest, że zdaniem prelegenta wystąpiło tu poronienie trąbkowe dwuczasowo i że nie przyszło do powstania krwotoku pozamacicznego. Co do leczenia, to jest po za postępowaniem wyczekującem.

W dyskusyi wyraża kol. Sołowij zdanie, że mamy tu do czynienia z pęknięciem trąbki do więzadła szerokiego, nie z poronieniem, gdyż w tym razie byłby powstał krwotok pozamaciczny, którego tu nie ma. W obec obawy powtórzenia się krwotoku, przemawia S. za postępowaniem czynnem. Zgadza się z nim w tym względzie kol. Rosner, a kol. Festenburg radzi przeczekać, aż chora lepiej się skrzepi, a potem wykonać laporatomię. W odpowiedzi konstatuje kol. Kośmiński, że w tylnem sklepieniu są pewne zmiany, wskazujące na to, iż pierwotnie było tu także wolne wynaczynienie do jamy brzucha. Co do leczenia, to uważa za decydujące, czy ciąża dalej się rozwija. Tu guz się zmniejsza, *indicatio vitalis* nie ma, a zabieg operacyjny byłby bardzo niebezpieczny.

2) Kol. Kośmiński przedstawia przypadek rozmiękczenia kości w pierwszych początkach rozwoju, ciekawy zarazem o tyle, że według wywiadów sprawa chorobowa rozpoczęła się tu niezależnie od ciąży. Ostatni poród przed 2 laty wymagał wprawdzie użycia kleszczy, podczas gdy 3 poprzednie odbywały się siłami przyrody —, ale objawy chorobowe datują się dopiero od 4 miesięcy.

W dyskusyi stwierdza kol. Marischler, że tak w tym, jak i w innych dość licznie spostrzeganych przypadkach w klinice prof. Gluzińskiego zauważano zawsze podniecenie odruchów kolanowych.

3) Kol. Kośmiński przedstawia jeszcze raz przypadek wypadnięcia macicy, omawiany na poprzedniem posiedzeniu i zwraca uwagę na to, że odprowadzona macica utrzymuje się dotąd w prawidłowem położeniu.

4) Nakoniec przedstawia kol. Kośmiński przypadek wrodzonego braku pochwy, w którym obok *habitus* wybitnie żeńskiego i prawidłowego sromu zewnętrznego, uderza przy badaniu przez odbytnicę zupełny brak nawet szczątków pochwy, podczas gdy szczątek macicy i obie trąbki i jajniki niezwykle łatwo i wyraźnie wybadać można. Chora skarży się jedynie na niemożność spółkowania i bole pod pachwinami, które występują co miesiąc przez jeden dzień. Prelegent wspomina o ewentualnych wskazaniach do kastracyi i wytworzenia sztucznej pochwy.

W dyskusyi zgadzają się kol. Festenburg, Sołowij i prelegent, że usiłowania w celu wytworzenia sztucznej pochwy bywają w tych razach bezskuteczne.

5) Kol. Sołowij okazuje preparat raka tylnej i bocznych ścian pochwy, przechodzący na macicę. Przypadki takie są rzadkie; tu operacya *(extirpatio totalis per vaginam)* a zwłaszcza dostęp do jamy Douglasa był bardzo utrudniony.

6) Kol. Sołowij przedstawia dalej drugi przypadek raka macicy, operowany przez pochwę z użyciem klamer. Klamry odjęto po 48 godzinach, a dopiero 8-go dnia wystąpił nagle groźny krwotok, który wstrzymano tamponem, stosując zarazem przez 6 godzin ucisk na aortę brzuszną. Prelegent sądzi, że powinno to być pewną przestrogą co do użycia klamer.

W ożywionej dyskusyi nad tą kwestyą przemawiają koledzy: Kośmiński, Kuczera i prelegent.

7) Kol. Sołowij przedstawia nakoniec preparaty i omawia przypadek, w którym pierwotnie, gdy chora przybyła na klinikę z poronieniem w toku, rozpoznano otorbioną *pelveo-peritonitis purulenta* i wypuszczono dnia 9 września z. r., po nacięciu od strony tylnego sklepienia, około 2 litry ropy. W dalszym przebiegu pokazało się, że był to prawdopodobnie zropiały torbiel skórzakowy. Oprócz kilku zębów i kości, które częścią wypłókano, częścią z łatwością wyjęto, sterczał do wnętrza ropnia guz, osadzony także zębami, który dopiero po rozszerzeniu otworu (dnia 29 stycznia b. r.) odkryto. Wśród usiłowań w celu wyosobnienia tego guza i wyjęcia go, wydobyto wraz z nim kawałek moczowodu tak, że po 2 dniach musiano nakoniec przystąpić do wyjęcia nerki. Operacya ta była od początku trudną z powodu wielkiej ilości tłuszczu; ciekawem zaś przy tem było, że nerka zaraz przy pierwszem poruszeniu się oderwała. Krwotok stąd powstały wstrzymano chwilowo tamponem, a gdy potem miano podwiązać naczynia, okazało się, że te już nie krwawią i odnaleźć ich nie można. Założono więc worek Mikulicza i chora do dzisiaj — po 15 dniach — żyje i ma się względnie dobrze.

W dyskusyi nad rodzajem guza, dotąd jeszcze drobnowidowo nie zbadanego (*Teratoma* czy torbiel skórzakowy?), jakoteż nad pytaniem, dlaczego nerka tak łatwo się oderwała i krwotok potem bez podwiązania naczyń sam ustał — zabierają głos koledzy: Kośmiński, Krzyszkowski i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Kwiatkiewicz.*

VII. Korespondencye.

Paryż, 17 sierpnia.

Sprawa słowiańskiego wiecu delegatów komitetów narodowych kongresu i dziennikarzy pism lekarskich nie była w początku ani tak prostą, ani tak łatwą, jakby to wnosić było można z jej ostatecznego zakończenia. Wyznać głośno należy, że pierwotny projekt czeski był szkodliwy dla jednych, niewykonalny, a często bezprzedmiotowy dla wszystkich. Pomimo wyrzekania się wszelkiej polityki, powstał on pod wpływem politycznego położenia narodu czeskiego i zupełnie zrozumiałego rozdrażnienia, jakie u lekarzy czeskich wywołuje naganne zapoznawanie piśmiennictwa czeskiego przez wydawnictwa niemieckie. Nakreślając plan wiecu delegatów słowiańskich, Czesi mieli na względzie swoje własne tylko stosunki; czy wolno ich za to potępić? nie, stanowczo nie! Każdy naród ma obowiązek ratowania zagrożonego bytu, a sobkostwo w tym zakresie uzyska zawsze rozgrzeszenie przed obliczem dziejów. Wychodząc z tej samej zasady, lekarze polscy nie mogli przychylić się do pierwotnych postulatów czeskich, jako wręcz szkodliwych dla stosunków naszych, a Czesi niezawodnie nie wezmą tego im za złe, że nie kierując się samem uczuciem dla bratniego narodu, mieli na oku głównie swoje własne położenie. Spieszno nam jednak dodać, że w porozumieniu się z Czechami znaleźliśmy u nich tyle wyrozumienia i zrozumienia, tyle dobrej woli i łatwości, że nabraliśmy najgłębszego przekonania o rzeczywistej możebności zespolenia z nimi wielu naszych usiłowań umysłowych, jak n. p. zjazdy naukowe, związki wydawnicze i t. d. Jeśliby postulaty świeżo odbytego w Paryżu wiecu nie zostały wprowadzone w życie przez niektóre słowiańskie narody, a pod tym względem niech nam będzie wolno żywić niejaki sceptycyzm, Czesi z Polakami nie przestaną nawiązanych już stosunków uprawiać ku pożytkowi duchowemu obydwóch bratnich narodów.

Jak to wspomnieliśmy w poprzednim liście, komitet polski zasięgnął zdania w szerokich i najbardziej interesowanych kołach, a przekonawszy się o jednomyślności, w osta-

tniej dopiero chwili przystąpił do wiecu i przesłał do Pragi nazwisko wybranego delegata.

Ze stanowiska polskiego dwojaką drogę miał przed sobą delegat polski: albo ostentacyjnie usunąć się od wiecu, albo wcielić się w bieg jego spraw, a jeżeli to okaże się możebnem, pokierować ten bieg odpowiednio. Usunąć się ostentacyjnie, to rzecz łatwa, ale to dopiero „poza", a nie stanowisko. Zapoznani przez Francuzów, wyrugowani przez Niemców, odrzucając bezwarunkowo wszelkie porozumienie ze Słowianami, skazujemy siebie na odosobnienie, które może nam czoło zdobi, ale nie jest objawem dodatnim życia, zwłaszcza, gdy temu wyłączeniu się nie towarzyszą i nie zapowiadają się czyny, któreby zwiastowały Canossę dla opornych. Wiec delegatów słowiańskich byłby się odbył bez nas, wytworzyłby nowy prąd, który niezawodnie podmywałby grunt pod naszemi nogami, a wtenczas minęłaby ta dogodna chwila, w której temu prądowi u źródła można było nadać inny kierunek. Komitet polski wtenczas wyznaczył delegata, kiedy się do głębi przekonał, że delegaci czescy zgadzają się na zmianę kierunku i będą popierać te postulaty, które zostały postawione przez Polaków. Czesi zostali wierni danym w Krakowie przyrzeczeniom, a uchwały, które przeszły jednomyślnie na wiecu w Paryżu, są te same, które zostały omówione w Krakowie, a różnią się zasadniczo od pierwotnych punktacyi czeskich.

A teraz parę słów wyjaśniających nasz stosunek do powziętych na wiecu uchwał.

1) Zjazdy słowiańskie zachowują nadal swój charakter narodowy, a każdy naród słowiański wstawi do statutu swych zjazdów paragraf, zapraszający Słowian jako gości na te zjazdy i dozwalający im wswym narodowym języku brać udział w rozprawach.

Ponieważ podobny paragraf, dotyczący udziału gości w zjazdach polskich, istnieje w naszym statucie, a w zjazdach poprzednich od lat 20 brali udział koledzy Czesi i obradowali w swoim własnym języku, przeto ten punkt można u nas uważać za załatwiony statutowo i zwyczajowo. Następny (X-ty) Zjazd polski odbędzie się za 3 lata: w ciągu tych trzech lat przekonamy się, jakie rękojmie dadzą inni Słowianie, co do swobody i bezkarności używania własnego języka na posiedzeniach zjazdowych, zatem nie potrzebujemy się spieszyć z rozszerzeniem tego paragrafu naszego statutu.

2) Każdy naród słowiański powoła osobną Komisyę, mającą za zadanie zebrać lekarskie słownictwo ludowe, w którem jeszcze najwięcej znajdzie się wspólnych pierwiastków językowych, co w dalszem następstwie oddziała na zbliżenie się terminologii lekarskiej poszczególnych narodów słowiańskich.

Od lat 20 posiadamy Komisyę słownikowo terminologiczną, a nasi poprzednicy wyzyskali wyrazownictwo ludowe w tym stopniu, że „Słownik terminologii lekarskiej polskiej" zawiera to, co ma być dopiero zadaniem tej Komisyi w myśl mandatu wiecowego; przeto w tym względzie nie pozostaje nam nic do zrobienia. Oczywiście, z wydawnictw tego rodzaju u naszych pobratymców korzystać nie omieszka nasza „Komisya słownikowa"; ale wzbogacając polskie wyrazownictwo pierwiastkami, zapożyczonymi z ludowego języka innych Słowian, będziemy mieli na oku nie wytworzenie wspólnej lekarskiej terminologii słowiańskiej, bo skoro niema literatury słowiańskiej, niema języka słowiańskiego, zkądżeby się wzięła nagle terminologia słowiańska?

3) Wiec powołał Związek dziennikarzy słowiańskich, któremu poruczył sprawę zorganizowania wydawnictwa sprawozdawczego w języku francuskim, p. t. „Revue de la literature médicale slave"

Wybrany do tej Komisyi z dziennikarzy polskich dr. A. Kwaśnicki oświadczył, że przyjmuje mandat w imieniu tylko jednego czasopisma, którego jest redaktorem. Zatem czynny udział dziennikarzy polskich w tem przedsięwzięciu wydawniczem zależeć będzie *a)* od udzielenia mandatu dr. Kwaśnickiemu przez ogół dziennikarstwa polskiego; *b)* od pieniężnego poparcia Towarzystw lekar. polskich, którego zamierzone wydawnictwo niezawodnie potrzebować będzie.

Jeśli udział polskiego członka Związku dziennikarzy słowiańskich natrafia na trudności, które jednak uważamy za pokonalne, to o wiele poważniejsze zawady wyłonią się z powodu nierównomierności sił współczynnych, t. j. zasobów pieniężnych, pracy i zapału do niej u różnych narodów słowiańskich. O wiele więcej dawałoby rękojmi powodzenia takie wydawnictwo, gdyby go ujęli w swoje ręce tylko Czesi, Polacy i Kroaci i mięli na oku na razie literaturę tylko tych trzech narodów. Ten trzeci punkt uchwał Wiecu teoretycznie i praktycznie wiąże się z punktem pierwszym i drugim; nam brakuje na tyle optymizmu, ażebyśmy na ślepo uwierzyli, że w myśl zasad, wypowiedzianych przez doc. Veselyego, wszystkie słowiańskie narody szczerze przystąpią do równouprawnienia językowego, że zrzekną się uzurpowanych przez siebie praw supremacyi śródplemiennej. Zanim takim gwarancyom nie będą towarzyszyć czyny, bezpieczniej jest na razieześrodkować siły i pracę na gruncie zachodniej słowiańszczyzny, a sprawę szerzej pojętą odczekać.

Dr. A. Kwaśnicki.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 23 sierpnia.

* Redaktor główny *Przeglądu lekarskiego* Dr. August Kwaśnicki powraca do swych zajęć redakcyjnych z początkiem miesiąca września.

* Ze znaczniejszych uzdrowisk galicyjskich dochodzi kolej żelazna tylko do Zakopanego. Obecnie ten warunek rozwoju pozyskać ma Szczawnica, ponieważ udzielono koncesyi na kolej Nowy-Targ, Stary-Sącz z odnogą do Szczawnicy.

* Dyplomy doktora medycyny otrzymały w Paryżu 4 Polki, panie: Lipińska, Preciszewska, Tobołowska i Rechniewska.

* Najbliższy międzynarodowy zjazd lekarski odbyć się ma w Madrycie w kwietniu 1903.

Mianowani: Dr. Wacław Dobrowolski lekarzem Rady miejskiej w Petersburgu. — Doc. Bach z Würzburga prof. okulistyki w Marburgu, Dr. Savas prof. higieny w Atenach, prof. patologii Debove w Paryżu profesorem kliniki lekarskiej tamże.

Zmarli: Chirurg prof. Wagner w Königshütte; b. prof. anatomii, Dr. Falconi w Cagliari.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska*, Nr. 33, B. Malewski i St. Kozłowski: Przyczynek do oddziaływania soku trzustkowego na mączkę w rozmaitych ziarn, jakoteż i z kartofli otrzymaną. M. Górnicki: Wymioty krwawe z zejściem śmiertelnem, jako dotychczas nieopisane powikłanie płonicy. W. Ettinger: 30 przypadków rzężeń wilgotnych przy obecności płynu w jamie opłucnej. — *Medycyna*, Nr. 33: L. Guranowski: O wskazaniach do operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego. St. Kopczyński: Kilka słów o hemiatetozie (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.